

小坂町不育症治療受診等証明書

年 月 日

小坂町長 様

医療機関 名 称

住所地

医師名



下記の者については、不育症の治療を行っていることを証明します。

氏 名	夫		生年月日	年 月 日
	妻		生年月日	年 月 日
住 所	〒 小坂町 電話 ()			
住 所 (※1)	(夫・妻) 〒 電話 ()			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
治療内容				
特記事項				

※1：単身赴任等で夫又は妻が異なる場所に住所を有している場合のみ記入してください。

備考：他の医療機関への紹介、治療中断等、規定以外の自由が発生した場合は、特記事項に記載してください。